…………………………………………

Nazwa Wykonawcy

 …………………………………………

data sporządzenia oferty

OFERTA

**Nazwa zamówienia:**

Usługa realizowana na podstawie programu „Opieka wytchnieniowa II” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego–edycja 2024 współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego

Nr w rejestrze zamówień publicznych: ADM.260.06.2024.JD

**Zamawiający: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu**

 **ul. 3 – go Maja 16; 41-800 Zabrze**

Ilość ponumerowanych zapisanych stron oferty: …………

Formularz ofertowy wraz ze wszystkimi Załącznikami należy podpisać elektronicznie podpisem kwalifikowanym lub zaufanym lub osobistym

# Załącznik nr 1 do SWZ

|  |
| --- |
| OFERTA |
| Nazwa zamówienia | Opieka wytchnieniowa II” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego–edycja 2024 ze środków Funduszu SolidarnościowegoOzn. Sprawy: ADM.260.06.2024.JD |
| Nazwa Zamawiającego | **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu** |
| Siedziba Zamawiającego | **ul. 3 – go Maja 16****41-800 Zabrze** |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| Nazwa Wykonawcy/Wykonawców, gdy podmioty ubiegają się wspólnie o udzielenie zamówienia[[1]](#footnote-1) |  |
| Adres Wykonawcy |  |
| Kraj |  |
| Województwo |  |
| Telefon |  |
| e-mail (na które Zamawiający ma przesyłać korespondencję) |  |
| NIP, REGON |  |
| Miejsce rejestracji działalności WykonawcyWykonawca jest wpisany do KRS[[2]](#footnote-2)Wykonawca jest wpisany do CEIDGWykonawca jest osobą fizyczną nie prowadzącą działalności gospodarczejStatus innego rodzaju…………………………… |  |
| Nazwa banku i numer rachunku bankowego Wykonawcyw przypadku wpłaty wadium przelewem |  |
| Osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia (imię, nazwisko, stanowisko) |  |
| Czy Wykonawca polega na zdolności innych podmiotów w celu spełnienia warunków udziału w postępowaniu? Zgodnie z pkt XIV SWZ (wpisać nazwy tych podmiotów jeżeli dotyczy)[[3]](#footnote-3) |  |

1. Zobowiązuję się do wykonania w/w zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w SWZ i wzorze umowy.
2. Oferuję wykonanie usługi za:

(cena wykazana w pkt B załącznika nr 1A):

cenę brutto …………………………………………PLN (VAT …..%)

słownie: ………………………………………………………………………………

cena netto …………………………………………PLN

1. Wykonawca zamierza skierować w ramach umowy o pracę do wykonywania czynności w ramach realizacji zamówienia osobę z niepełnosprawnością:

☐ tak, Liczba osób z niepełnosprawnością skierowanych do wykonywania czynności w ramach realizacji zamówienia zatrudnionej na umowę o pracę: …………………………..

☐ nie

Uwaga:

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak” proszę o wskazanie liczby osób z niepełnosprawnością skierowanych do wykonywania czynności w ramach realizacji zamówienia zatrudnionej na umowę o pracę

Wskazana przez Wykonawcę osoba, stanowi kryterium oceny ofert w ramach tzw. aspektów społecznych.

4. Podmiot ekonomii społecznej w myśl art. 2 pkt. 5 Ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r o ekonomii społecznej – stanowi kryterium oceny ofert

* Tak
* Nie

W przypadku braku zaznaczenia jakiejkolwiek opcji w pkt. 3 i 4, Zamawiający nie przyzna w tym kryterium Wykonawcy żadnych punktów.

 Zobowiązuję się wykonać zamówienie w terminie wskazanym w SWZ .

1. Oświadczam, że:
2. Oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia,
3. Zapoznałem się z treścią dokumentów zamówienia i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
4. Zaoferowana cena pozostanie niezmieniona przez cały okres realizacji zamówienia,
5. Jestem w stanie, na podstawie przedstawionych mi materiałów, zrealizować przedmiot zamówienia,
6. Uzyskałem konieczne informacje niezbędne do właściwego wykonania zamówienia,
7. Termin związania niniejszą ofertą obejmuje okres wskazany w SWZ,
8. Zawarty w SWZ projekt umowy, stanowiący załącznik nr 5 do SWZ został przeze mnie/nas zaakceptowany i zobowiązuję/my się w przypadku wybrania mojej/naszej oferty do podpisania umowy na zawartych w niej warunkach, w miejscu i terminie W wyznaczonym przez Zamawiającego;
9. Przewiduję powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia w części ………………………………………………… \*(wykreślić, jeżeli nie dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| Lp | Opis części zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć do realizacji przez podwykonawcę oraz nazwy i dane adresowe podwykonawcy/ów |
| 1. |  |
| (..) |  |

Nie przewiduję powierzenia podwykonawcom realizacji zamówienia.\*

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 (RODO) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego.\*\*
2. Oświadczam, iż należę do sektora (zaznaczyć właściwą opcję): \*

☐ Mikro przedsiębiorców

☐ Małych przedsiębiorstw

☐ Średnich przedsiębiorstw

☐ prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą,

☐ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

☐ inny ……………………………………………

(właściwe zaznaczyć x)

W przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

1. Wraz z ofertą SKŁADAMY następujące oświadczenia i dokumenty:
	1. ………………….
	2. ………………….

Informacja dla Wykonawcy:

1 przez koszty pracy zatrudniającego należy rozumieć sumę wynagrodzeń (brutto) oraz składek na ubezpieczenie społeczne, PPK, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz ZFŚS, poniesionych przez zatrudniającego.

Nie dopuszczalne jest pokrywanie kosztów administracyjnych Wykonawcy z wynagrodzenia asystenta za zrealizowaną usługę

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.

\* niepotrzebne skreślić

\*\* w przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie).

# Załącznik nr 1A do SWZ KALKULACJA CENY

Oferujemy zrealizowanie usługi objętej zamówieniem pod nazwą :

„Opieka wytchnieniowa II” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego

1. Koszt wynagrodzenia opiekuna OzN\*:

Koszt jednej godziny zegarowej wynagrodzenia asystenta za zrealizowaną usługę nie może przekroczyć 50 zł brutto wraz z kosztami pracy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Maksymalna ilość godzin | Cena jednostkowa zł netto | Cena jednostkowa zł brutto | Wartość nettoKolumna 3 x 4(zł netto) | Wartość bruttoKolumna 3 x 5(zł brutto) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. | usługa wytchnieniowa | 334 |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  | XXXX | XXXX | XXXX |  |

1. Maksymalna wartość wynagrodzenia opiekuna OzN zatrudnionego do realizacji zadania: **……………………zł netto (poz. 6) ; ………………….. zł brutto (poz. 7)**

# Załącznik nr 2 do SWZ

**ZAMAWIAJĄCY:**

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu

ul. 3 – go Maja 16

41-800 Zabrze

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy (Wykonawcy), którego oświadczenie dotyczy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KRS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reprezentowany przez:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji

# OŚWIADCZENIE składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. prawo zamówień publicznych (dalej: ustawa Pzp)

DOTYCZĄCE:

1. SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU, o których mowa w punkcie XVII SWZ

oraz

1. PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA, o których mowa w art. 108 ust. 1 ustawy Pzp (punkt 9.1 SWZ), art. 109 ust. 1 ustawy Pzp (punkt 9.2 SWZ) oraz w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego - Dz. U. z 2022 r., poz. 835 (punkt 9.3 SWZ)

wypełnione i podpisane odpowiednio przez:

a) Wykonawcę\* albo;

b) każdego ze wspólników - w przypadku składania oferty wspólnej (konsorcjum, spółka cywilna)\* albo;

c) podmiot udostępniający zasoby w celu spełnienia warunków udziału w postępowaniu\*.

**\*** niepotrzebne skreślić

 „Opieka wytchnieniowa II” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, oświadczam,
co następuje:

1. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
2. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 ustawy Pzp
3. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r.,
poz. 835).
4. Zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. \_\_\_\_\_\_\_\_ ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 lub art. 109 ust. 1 pkt 2‒5 i 7‒10 ustawy Pzp
w zakresie okoliczności, które Zamawiający wskazał w ogłoszeniu o zamówieniu oraz w punkcie …... SWZ).

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

**Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (miejsce i data złożenia oświadczenia)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
elektroniczny podpis osoby (osób) upoważnionej
do składania oświadczeń woli w imieniu odpowiednio:
a) Wykonawcy, b) każdego ze wspólników – w przypadku składania oferty wspólnej (konsorcjum, spółka cywilna)
b) podmiotów udostępniających zasoby w celu spełnienia warunków udziału w postępowaniu.

# Załącznik nr 3 do SWZ

# **ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY NA OKRES KORZYSTANIA Z NICH PRZY WYKONANIU ZAMÓWIENIA**

# **składane na podstawie art. 118 ust. 3 ustawy Pzp**

Ja/My niżej podpisany(ni) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (imię i nazwisko składającego oświadczenie)

będąc upoważnionym(/mi) do reprezentowania:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nazwa i adres podmiotu udostępniającego zasoby)

**oświadczam (y)**,

że wyżej wymieniony podmiot, stosownie do art. 118 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1710) gwarantuje Wykonawcy rzeczywisty dostęp do nw. zasobów i odda Wykonawcy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)

do dyspozycji niezbędne zasoby, o których mowa w punkcie …….SWZ, zgodnie z wymaganiami określonymi w punkcie XVII SWZ, tj.:

1. zakres dostępnych Wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby jest następujący: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. sposób i okres udostępniania Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia jest następujący: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje roboty budowlane lub usługi, których wskazane zdolności dotyczą: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 TAK\* NIE\*

**\*** niepotrzebne skreślić

UWAGA:

W przypadku korzystania z doświadczenia więcej niż jednej firmy, powyższe zobowiązanie jest drukiem do wielokrotnego wykorzystania. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(elektroniczne podpisy osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu udostępniającego zasoby) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(miejsce i data złożenia oświadczenia)

# Załącznik nr 4 do SWZ

(Nazwy, adresy, NIP Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia):

# Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy Pzp.

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usługi **„Opieka wytchnieniowa II” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego**

oświadczam, że:

* + - 1. Wykonawca (wspólnik Konsorcjum/spółki cywilnej):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nazwa i adres)

zrealizuje następujące roboty budowlane, usługi lub dostawy\*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - 1. Wykonawca (wspólnik Konsorcjum/spółki cywilnej):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nazwa i adres)

zrealizuje następujące roboty budowlane, usługi lub dostawy\*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(miejsce i data złożenia oświadczenia)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(elektroniczne podpisy osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawców wspólnie ubiegających
się o zamówienie (konsorcjum, spółka cywilna)

# Załącznik nr 5 do SWZ **WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**Nazwa i adres Wykonawcy:

1. .......................................................................................

Nazwa postępowania: **„Usługa wytchnieniowa II” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **KADRA (nazwa personelu, np.: pielęgniarka, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawne, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta)**  | **Imię i nazwisko** | **Posiadane wykształcenie, kwalifikacje zawodowe** **i uprawnienia (należy wskazać ukończony kierunek szkoły lub nazwę kursu)** | **Doświadczenie zawodowe - co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu, itp.** | **Informacja [[4]](#footnote-4)\*o podstawie dysponowania tą osobą \*** |
| **Miejsce zdobywania doświadczenia** | **Okres zdobywania doświadczenia z podaniem konkretnych dat (miesiące i lata)**  |
| 1 | **KOORDYNATOR** |  | **XXXXXXXXX** | XXXXXX | XXXXXXX |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

1. ***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.***

***DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ ELEKTRONICZNIE PODPISEM KWALIFIKOWANYM***

***LUB ZAUFANYM LUB OSOBISTYM***

# Załącznik nr 6 do SWZ - Wzór-UMOWA NR ...

zawarta w dniu ………………… pomiędzy:

Miastem Zabrze, ul. Powstańców Śląskich 5-7, 41-800 Zabrze, NIP 6482743351, zwanym „nabywcą”, w imieniu którego działa reprezentowany przez:

Dyrektora/Z-cę Dyrektora …………………………………………………………………………………………………… działającą na podstawie upoważnienia Prezydenta Miasta Zabrze,

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu ul. 3 Maja 16

zwanym dalej zamawiającym,

a ……………………………………………

NIP: ……………….. REGON: ………………………

reprezentowaną przez: ……………………………………………

zwanym dalej Wykonawcą

po przeprowadzeniu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym bez negocjacji na podst. art. 275 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023, poz. 1605 z późn. zm.) w związku z art. 359 pkt 2 ustawy Pzp – Zamówienie na usługi społeczne.

**§ 1**

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Przedmiotem umowy jest świadczenie usługi realizowanej w ramach programu „Opieka wytchnieniowa II”dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego zgodnie z zapisami wynikającymi z jego treści.
2. Realizacja usługi zaplanowana jest dla 2 osób w tym :
3. Planowana liczba dzieci do ukończenia 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności: 1
4. Planowana liczba osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych: 1
5. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia w tym zakres przedmiotowy i podmiotowy umowy stanowi załącznik nr 6 do SWZ.
6. Integralną częścią niniejszej umowy jest SWZ z dnia ……………….. , oferta Wykonawcy z dnia ……………..… oraz Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

**§ 2**

**MIEJSCE REALIZACJI**

Miejsce realizacji zamówienia – miasto Zabrze.

**§ 3**

**TERMIN REALIZACJI**

Umowa obowiązuje od dnia podpisania umowy do 31.12.2024 r. lub do wcześniejszego wyczerpania wartości umowy.

**§ 4**

**WARTOŚĆ PRZEDMIOTU UMOWY**

* + - 1. Koszt całkowity przedmiotu umowy stanowi iloczyn ceny jednostkowej godziny świadczonych usług i liczby faktycznie zrealizowanych godzin. Koszt ten obejmuje składniki zawarte w Programie oraz SWZ z dnia ………………. na podstawie formularza oferty.
			2. Cena za 1 godzinę usługi opieki wytchnieniowej wraz z kosztami pracy zatrudniającego wynosi: …………… zł brutto, co daje maksymalną wartość usługi wytchnieniowej wraz z kosztami pracy zatrudniającego : ………….. zł brutto (słownie: ……………………..),
			3. Maksymalna wartość umowy: ………………………… zł brutto (słownie: ……………………………….),
			4. Faktyczne wynagrodzenie Wykonawcy uzależnione będzie od rzeczywistej liczby godzin zrealizowanych usług.
			5. Nie jest dopuszczalne pokrywanie kosztów administracyjnych realizatora usługi z wynagrodzenia opiekuna za zrealizowaną usługę opieki wytchnieniowej.
			6. Zadanie jest współfinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

**§ 5**

**PŁATNOŚĆ**

1. Zamawiający będzie przekazywał wykonawcy pisemne zgłoszenie na realizację usług na podstawie kopii karty zgłoszenia uczestnika wraz kopią zakresu czynności których wymaga w ramach usługi.
2. Zamawiający zapłaci za osoby zgłoszone na podstawie kopii zlecenia.
3. Zamawiający zapłaci za godziny usług faktycznie zrealizowanych.
4. Zamawiający dopuszcza płatność częściową za realizowaną usługę.

9. Podstawą zapłaty za usługę będą prawidłowo wystawione faktury wraz z prawidłowo przygotowanymi dokumentami będącymi podstawą płatności faktur

10. Wykonawca obowiązany jest wystawić i dostarczyć do siedziby zamawiającego do 5-go dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni fakturę za wykonaną usługę opieki wytchnieniowej,

11. Fakturę za wykonaną usługę opieki wytchnieniowej wraz z kartami realizacji usługi opieki wytchnieniowej każdej z osób świadczącej usługę opieki wytchnieniowej należy za miesiąc grudzień wystawć do dnia 32.12.2024 r.

12. Warunkiem przyjęcia faktury jest należyte wykonanie przedmiotu umowy i dostarczenie Zamawiającemu prawidłowo wypełnionymi dokumentami stanowiącymi podstawę płatności faktury.

12. Dokumentem niezbędny do weryfikacji faktury są :

a. karta realizacji usługi opieki wytchnieniowej każdej z osób świadczącej przedmiotową usługę

b. poniesione koszty obsługi kadrowej, księgowej, administracyjnej

13. Zamawiający wykona płatność za fakturę w terminie do 21 dni od dnia jej otrzymania, po jej pozytywnym zweryfikowaniu (po otrzymaniu dokumentów określonych w pkt. 12.)

**§ 6**

**RACHUNEK WYKONAWCY**

1. Wykonawca wskazuje Zamawiającemu rachunek bankowy, który jest zgodny z rachunkiem bankowym przypisanym mu w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, w tym podmiotów, których rejestracja jako podatników VAT została przywrócona, prowadzonym przez Szefa Krajowej Administracji Skarbowej zgodnie z art. 96b ustawy o podatku od towarów i usług.

Nr rachunku Wykonawcy to : ……………………………………………………...

1. W przypadku zmiany rachunku bankowego lub wykreślenia wskazanego w ust. 1 rachunku bankowego Wykonawcy z wykazu jest on zobowiązany do poinformowania o tym fakcie Zamawiającego w terminie 1 dnia od momentu zaistnienia zmiany. Informacja winna zawierać nowy numer rachunku bankowego umieszczony w wykazie, na który mają zostać dokonane płatności i być podpisane przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy. Informacja w pierwszej kolejności winna być przekazana zamawiającemu drogą elektroniczną (na adres poczty elektronicznej: ……………………..) a następnie w oryginale do siedziby Zamawiającego.
2. Informacja, o której mowa powyżej stanowi podstawę do sporządzenia przez Zamawiającego aneksu do umowy w zakresie zmiany rachunku bankowego. W przypadku poinformowania Zamawiającego o zmianie rachunku bankowego, jego wykreślenia lub stwierdzenia przez Zamawiającego wykreślenia wskazanego przez Wykonawcę rachunku bankowego Wykonawcy z wykazu, płatność wymagana zostaje zawieszona do dnia wskazania przez wykonawcę innego rachunku, który znajduje się w wykazie, o którym mowa w ust. 1.
3. W przypadku zawieszenia terminu płatności faktury zgodnie z ust. 3, który został określony zgodnie z umową, wykonawcy nie będzie przysługiwało prawo do naliczania dodatkowych opłat, kar, rekompensat, ani nie będzie naliczał odsetek za powstałą zwłokę w zapłacie faktury.
4. W przypadku, jeżeli Zamawiający dokona wpłaty na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany w umowie, a rachunek ten na dzień zlecenia przelewu nie będzie ujęty w wykazie, o którym mowa w ust. 1 Wykonawca zobowiązany będzie do zapłaty na rzecz Zamawiającego kary umownej w wysokości równości sankcji jaka została nałożona przez Urząd Skarbowy wobec zamawiającego wraz z należnymi odsetkami lub równowartości podatku dochodowego od osób prawnych jaki Zamawiający zapłacił do Urzędu Skarbowego z tytułu okoliczności wynikających z powyższych punktów, albo szkody jaką Zamawiający poniesie z tego tytułu.

**§ 7**

**KADRA**

1. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za staranność w wyborze osób, przy pomocy, których będzie realizował usługi opieki wytchnieniowej objętej niniejszym zamówieniem oraz za prawidłowość wykonywanych przez nie czynności i obowiązków w powyższym zakresie szczegółowo określonych w Programie oraz Szczegółowym Opisie Zamówienia.
2. W przypadku, gdy usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, w odniesieniu do osoby, która ma świadczyć usługi, wymagane jest także:
3. Imienne zaświadczenie o niekaralności;
4. Imienną informację o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru
5. pisemna akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością
6. Usługi będą świadczone przez osoby wskazane przez Wykonawcę w złożonej ofercie, zwanej dalej Pracownikami świadczącymi usługi. Za wyjątkiem sytuacji gdy Zamawiający na podstawie aneksu wyrazi zgodę na zmianę kadry na osoby o kwalifikacjach i doświadczeniu nie niższym niż osoba wskazana w ofercie.
7. Wykonawca zobowiązuje się, że pracownicy świadczący usługi będą posiadać odpowiednie kwalifikacje, uprawnienia zgodne z wymaganiami Zamawiającego określonymi w Programie, SWZ oraz Opisie Przedmiotu Zamówienia stanowiącymi integralną część umowy.
8. Zamawiający dopuszcza w trakcie realizacji umowy zmianę kadry na inne osoby spełniające wymagania określone w SWZ. Zmiana osób jest dopuszczalna pod warunkiem pisemnego zgłoszenia Zamawiającemu na minimum 3 dni przed planowanym skierowaniem nowych osób do realizacji zamówienia. Dodatkowo wykonawca musi przedłożyć wszystkie niezbędne w tym zakresie dokumenty, w tym m.in.: aktualny załącznik nr 2 oraz aktualny załącznik nr 4
9. Zamawiający dopuszcza w trakcie realizacji umowy zmianę koordynatora pod warunkiem zapewnienia ciągłości zatrudnienia tej osoby na umowę o pracę w liczbie osób zadeklarowanych w załączniku nr 4 do SWZ.

Dodatkowo wykonawca musi przedłożyć wszystkie niezbędne w tym zakresie dokumenty, w tym m.in.: aktualny załącznik nr 2 oraz aktualny załącznik nr 4.

1. W przypadku zadeklarowania w formularzu oferty skierowania do wykonywania czynności w ramach realizacji zamówienia osoby/ osób niepełnosprawnych zatrudnionych na umowę o pracę Zamawiający zastrzega sobie prawo skontrolowania prawidłowości wskazanych informacji na każdym etapie prowadzonego postępowania i realizacji umowy.
2. Zamawiający dopuszcza w trakcie realizacji umowy zmianę osoby/ osób niepełnosprawnych pod warunkiem zapewnienia ciągłości zatrudnienia tych osób na umowę o pracę w liczbie osób zadeklarowanych w formularzu oferty. Wykonawca zobowiązuje się do zatrudnienia nowej osoby niepełnosprawnej na umowę o pracę, aby mógł uzyskać w ramach kryterium oceny ofert „Aspekty społeczne” minimum taką samą liczbę punktów jak za osobę/ osoby niepełnosprawne wskazane w ofercie.
3. Kadra określona w niniejszym paragrafie musi spełniać wymagania określone w Programie, SWZ z dnia ………………. oraz ofercie wykonawcy z dnia ……………………

**§ 8**

**ZOBOWIĄZANIA**

1. **Zamawiający zobowiązuje się do:**
2. Dopełnienia wszelkich formalności związanych z pisemnym zgłaszaniem realizacji usług.
3. Poinformowania wykonawcy o terminie, miejscu i zakresie realizacji zamówienia
4. Przekazania środków finansowych na podstawie przedstawionej faktury w terminie do 21 dni od daty jej otrzymania po jej wcześniejszym zweryfikowaniu (jeśli zastrzeżeń nie będzie).
5. W przypadku różnic pomiędzy fakturą a faktycznie zrealizowaną liczbą godzin lub wszelkich innych niejasności dotyczących realizacji usługi upływ terminu określonego w § 7 ust I pkt 3 i 4 ulega zawieszeniu do momentu wyjaśnienia różnic. Datą płatności jest data obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego kwotą przelewu;
6. Czuwania nad prawidłową realizacją przebiegu przedmiotu umowy;
7. Dokonywania doraźnych kontroli i monitorowania, dokonywanych bezpośrednio w miejscu realizacji usługi opieki wytchnieniowej.
8. **Wykonawca zobowiązuje się do:**

1. Wykonania przedmiotu umowy z należytą starannością, zgodnie z najlepszymi praktykami przyjętymi przy świadczeniu tego rodzaju usług;

2. Po otrzymaniu zgłoszenia od Zamawiającego zobowiązuje się do nawiązania kontaktu z członkiem rodziny lub opiekunem sprawującym bezpośrednią opiekę na dziećmi do ukończenia 16 roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności lub osobami niepełnosprawnymi.

3. Informowania, że zadanie publiczne jest współfinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego. Informacja na ten temat powinna znaleźć się we wszystkich materiałach i dokumentach dotyczących przedmiotu umowy.

4. Poinformować pisemnie Zamawiającego o zdarzeniach, które mogą mieć wpływ na

zmiany zakresu wymaganej opieki np. zmiany okoliczności domowych lub rodzinnych,

zmiany stanu zdrowia, rezygnacji z usług lub uniemożliwienie ich wykonania,

5. Zapewnić podopiecznym niezbędną pomoc w sytuacjach nagłych i nie cierpiących zwłoki.

6. Wykonania usługi przez osoby wskazane w załączniku nr 4 do SWZ;

7. Wykonania usługi zgodnie z wymaganiami Zamawiającego określonymi w Programie, SWZ z dnia ………. r oraz jego załącznikami stanowiącymi integralną część Umowy

8. Usunięcia w wyznaczonym terminie wszelkich nieprawidłowości w przypadku ich stwierdzenia przez Zamawiającego niezgodności z zamówieniem;

9. Dostarczenia faktury VAT zgodnej pod względem ilościowym i jakościowym z wykonaną usługę;

10. Dostarczenia wraz z fakturą dokumentów określonych w § 5 pkt 12.

11. W przypadku stwierdzenia przez Personel Wykonawcy sytuacji nagłych, w szczególności takich jak:

1. odniesienie poważnych obrażeń uczestnika Programu,
2. ciężki stan zdrowia uczestnika Programu ,
3. zatrucie pokarmowe lub choroba zakaźna uczestnika Programu,
4. zniszczenie domu uczestnika Programu w wyniku wandalizmu lub pożaru,
5. kradzież,
6. wypadki następujące podczas świadczenia usług asystencji osobistej,

Wykonawca zobowiązany jest zapewnić uczestnikowi Programu pomoc poprzez zawiadomienie odpowiednich służb oraz udzielenie bezpośredniej niezbędnej pomocy.

12. Personel Wykonawcy zobowiązany jest posiadać dokument tożsamości ze zdjęciem lub e-dowód w czasie realizacji usług asystencji osobistej. Zamawiający zabrania, aby personel Wykonawcy wprowadzał do mieszkania osoby wymagającej pomocy osoby nieupoważnione.

13. Dopełnienia obowiązku wynikającego z przepisów RODO względem osoby z niepełnosprawnością poprzez podpisanie klauzuli informacyjnej RODO stanowiącej wzór w załączniku nr 5 do opisu przedmiotu zamówienia

1. **Dodatkowe obowiązki Wykonawcy:**

1. Wykonawca zobowiązuje się do poddania kontroli Zamawiającego w związku, z tym, iż Zamawiający wymaga zatrudnienia na podstawie umowy o pracę przez wykonawcę lub podwykonawcę osób, które będą wykonywać czynności administracyjne i organizacyjne związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem usługi (zgodnie z art. 22 § 1 Kodeksu pracy). tj. m.in. przygotowania i kompletowania niezbędnej dokumentacji, wystawiania faktur, itp.

2. Zamawiający wymaga zatrudnienia na podstawie umowy o pracę co najmniej 1 osoby (koordynatora usług).

1. powyższy wymóg nie dotyczy osób skierowanych do realizacji zamówienia.
2. powyższy wymóg nie dotyczy również osobistego wykonywania zamówienia przez osobę fizyczną, w tym również przedsiębiorcy prowadzącego indywidualną działalność gospodarczą.

3. W trakcie realizacji zamówienia na każde wezwanie Zamawiającego w wyznaczonym w tym wezwaniu terminie Wykonawca przedłoży zamawiającemu wskazane poniżej dowody (wszystkie lub wybrane przez Zamawiającego) w celu potwierdzenia spełnienia wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę przez Wykonawcę lub Podwykonawcę osób wykonujących wskazane wyżej czynności w trakcie realizacji zamówienia:

1. oświadczenie zatrudnionego pracownika,
2. oświadczenie Wykonawcy lub Podwykonawcy o zatrudnieniu pracownika na podstawie umowy o pracę,
3. poświadczoną za zgodność z oryginałem odpowiednio przez Wykonawcę lub Podwykonawcę kopię zanonimizowanej umowy/umów o pracę zatrudnionego pracownika,
4. inne dokumenty.

Zamawiający wymaga, aby informacje zawarte w powyższych dokumentach takie jak: imię i nazwisko, data zawarcia umowy, rodzaj umowy o pracę i zakres obowiązków pracownika powinny być możliwe do zidentyfikowania.

1. Niezłożenie przez Wykonawcę w terminie 14 dni żądanych przez Zamawiającego dowodów w celu potwierdzenia spełnienia przez Wykonawcę lub podwykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, traktowane będzie, jako niespełnienie przez Wykonawcę lub podwykonawcę wymogu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę osób wykonujących wskazane w ust. 1 czynności i będzie skutkowało obowiązkiem zapłaty przez Wykonawcę kary umownej na zasadach określonych w niniejszej umowie.

 **IV. Pozostałe**

1. W przypadku uzasadnionych wątpliwości, co do przestrzegania prawa pracy przez Wykonawcę lub podwykonawcę, Zamawiający może zwrócić się o przeprowadzenie kontroli przez Państwową Inspekcję Pracy.

2. Jeżeli Wykonawca realizuje zamówienie przy udziale podwykonawców, zobowiązany jest do realizacji zamówienia w taki sposób, aby spełniali oni wymóg art. 95 ust. 1 Pzp.

3. W przypadku ustania stosunku pracy z osobą zatrudnioną na umowę o pracę Zamawiający dopuszcza zmianę osoby wykazanej w ofercie do realizacji usług objętych przedmiotem zamówienia. Wykonawca zobowiązuje się do zatrudnienia nowej osoby na umowę o pracę, aby mógł spełnić wymagania określone przez Zamawiającego w SWZ.

**§ 9**

**ODSTĄPIENIE, ROZWIĄZANIE, WYPOWIEDZENIE UMOWY**

1. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w realizacji przedmiotu umowy, Zamawiający skieruje do Wykonawcy pisemne wezwanie do wykonania lub wykonania w sposób właściwy naruszonych zobowiązań lub naprawienia skutków ich naruszenia, w terminie 2 dni od momentu doręczenia wezwania pod rygorem rozwiązaniaumowy ze skutkiem natychmiastowym bez ponoszenia kosztów przedmiotu umowy
2. Zamawiający w razie gdy wystąpi istotna zmiana okoliczności powodująca, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy może odstąpić od umowy. Odstąpienie od umowy w tym przypadku może nastąpić w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 i ust. 2, Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy. W takim przypadku zostanie sporządzony protokół zaawansowania przedmiotu umowy, który będzie stanowił podstawę do wypłacenia Wykonawcy wynagrodzenia za wykonanie części przedmiotu umowy do dnia spisania tego protokołu. Zamawiający zastrzega, iż protokół zaawansowania przedmiotu umowy zostanie sporządzony w wyznaczonym terminie w obecności obu stron umowy. W przypadku uchylania się którejś ze stron od spisania protokołu protokół zostanie spisany i wysłany do strony uchylającej się. Po upływie 2 dni od daty mailowego zawiadomienia domniemywa się, ze protokół przyjęto bez uwag.
4. Prawo niezwłocznego rozwiązania umowy (ze skutkiem natychmiastowym bez ponoszenia kosztów ze strony Zamawiającego) przysługuje Zamawiającemu w razie:
5. nienależytego jej wykonywania przez Wykonawcę, po uprzednim pisemnym zawiadomieniu o nieprawidłowościach stwierdzonych protokołem pokontrolnym sporządzonym przez Zamawiającego i nie przedstawieniu ze strony Wykonawcy zadowalającego wyjaśnienia tych nieprawidłowości w terminie 2 dni roboczych od daty pisemnego zawiadomienia;
6. powierzenia wykonywania zamówienia osobom nie posiadającym wymaganych kwalifikacji;
7. nie zapewnienia odpowiednich warunków realizacji usług - przez nieodpowiednie warunki realizacji usługi Zamawiający rozumie sytuacje w których jakość świadczonych usług będzie niezgodna z Programem, ofertą Wykonawcy i wymaganiami zawartymi w SWZ z dnia …………….. r., a niezgodność tą Zamawiający potwierdzi w protokole sporządzonym w obecności przedstawicieli Wykonawcy i Zamawiającego . W przypadku uchylania się którejś ze stron od spisania protokołu protokół zostanie spisany i wysłany do strony uchylającej się. Po upływie 2 dni od daty mailowego zawiadomienia domniemywa się, ze protokół przyjęto bez uwag.
8. odstąpienia od realizacji umowy przez wykonawcę;

5. Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia umowy gdy:

1. wykonawca w chwili zawarcia umowy podlegał wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
2. zmiana umowy została dokonana z naruszeniem art. 454 i art. 455 ustawy Pzp,

6. Strony dopuszczają możliwość rozwiązania umowy za porozumieniem stron bez konieczności naliczania kar umownych.

**§ 10 KARY UMOWNE**

1. Strony ustalają odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie części lub całości przedmiotu umowy w formie kar umownych.

2. **Wykonawca zobowiązany jest zapłacić karę:**

1. w wysokości 10 % łącznej wartości brutto określonej w § 4 pkt. 3 umowy, w przypadku odstąpienia od umowy przez Wykonawcę lub Zamawiającego z winy Wykonawcy,
2. w wysokości 1 % łącznej wartości brutto określonej w § 4 pkt. 3 umowy w przypadku zwłoki w terminowej realizacji usługi, za każdy dzień zwłoki.
3. w wysokości 10 % łącznej wartości brutto określonej w § 4 pkt. 3 umowy, w przypadku naruszenia warunków realizacji umowy określonych w § 8 pkt. II ppkt. 3 i 4 umowy
4. w wysokości 10 % łącznej wartości brutto określonej w § 4 pkt. 3 umowy, w przypadku niedopełnienia obowiązku Wykonawcy wynikającego z § 8 pkt. III ppkt. 2, 3 umowy
5. w wysokości 10% wartości brutto za każdy przypadek naruszenia obowiązku wynikającego z art. 95 ustawy Pzp dot. wymagania zatrudnienia na podstawie umowy o pracę osób wykonujących czynności administracyjne i organizacyjne związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem usługi.

3. W przypadku naruszenia Umowy o powierzeniu danych osobowych o której mowa w § 12 pkt. 1 Wykonawca podlega odpowiedzialności i sankcjom w niej przewidzianych.

4. W przypadku naruszenia § 6 Wykonawca zobowiązany będzie do zapłaty na rzecz Zamawiającego kary umownej w wysokości równości sankcji jaka została nałożona przez Urząd Skarbowy wobec zamawiającego wraz z należnymi odsetkami lub równowartości podatku dochodowego od osób prawnych jaki Zamawiający zapłacił do Urzędu Skarbowego z tytułu okoliczności wynikających z powyższych punktów, albo szkody jaką Zamawiający poniesie z tego tytułu.

5. **Zamawiający zobowiązany jest zapłacić karę:**

1. w wysokości 10 % łącznej wartości brutto określonej w § 4 pkt. 3 umowy w przypadku odstąpienia od umowy przez Zamawiającego z przyczyn za które nie odpowiada Wykonawca.

6. W przypadku gdy kara nie pokrywa poniesionej szkody, strony mogą dochodzić odszkodowania uzupełniającego na drodze sądowej.

7. Zamawiający uprawniony jest do potrącenia kar umownych przewidzianych w § 10 pkt. 2
z wynagrodzenia przysługującego Wykonawcy.

8. Łączna maksymalna wysokość kar umownych, których mogą dochodzić strony umowy wynosi 20% łącznej wartości brutto umowy, określonej w § 4 pkt. 3 umowy.

9. Termin zapłaty kary umownej wynosi 14 dni od dnia zawiadomienia zobowiązanego do jej zapłaty. W przypadku bezskutecznego biegu terminu stronie upoważnionej z tytułu kary umownej przysługują także odsetki ustawowe za opóźnienie.

**§11**

**KONTROLA/MONITORING**

1. Wykonawca zobowiązuje się do poddania kontroli Zamawiającego w czasie trwania umowy i po jej zakończeniu zgodnie z zapisami umowy, Programu i SWZ.

2. Zamawiającemu przysługiwać będzie prawo kontroli jakości wykonywanych usług w każdym czasie, w tym kontroli kwalifikacji osób skierowanych do realizacji zamówienia.

3. Nadzór nad należytym, zgodnym z umową, wykonaniem przedmiotu umowy pełnią:

* 1. ze strony Zamawiającego: ……………….., tel. ……………………
	2. ze strony Wykonawcy (koordynator): …………………., tel. ………………

**§ 12**

**DANE OSOBOWE**

1. W ramach realizacji niniejszej umowy Zamawiający powierza Wykonawcy dane osobowe uczestników (uczestniczek) projektu na podstawie odrębnej umowy.
2. Ze strony Wykonawcy do przetwarzania danych dopuszczone mogą być jedynie osoby, które uzyskały imienne upoważnienie do przetwarzania danych osobowych, do których osoby te uzyskają dostęp w związku z wykonywaniem umowy. Imienne upoważnienia oraz ewentualne odwołania upoważnienia, Wykonawca ma obowiązek przechowywać w swojej siedzibie. Druk upoważnienia do przetwarzania danych osobowych oraz druk do odwołania upoważnienia, Zamawiający udostępni Wykonawcy po zawarciu umowy.
3. Imienne upoważnienia do przetwarzania danych osobowych są ważne do dnia odwołania. Upoważnienie wygasa z chwilą ustania zatrudnienia upoważnionego pracownika lub z chwilą wykonania zlecenia przez Wykonawcę.

4. Wykonawca zobowiązany jest prowadzić rejestr wydanych upoważnień.

5. Wykonawca wyraża zgodę na upublicznienie swoich danych teleadresowych przez Zamawiającego oraz inne uprawnione do tego podmioty.

**§ 13**

**PODWYKONAWSTWO**

1. Wykonawca informuje, że powierzy wykonanie części zamówienia wskazanego w złożonej ofercie następującemu podwykonawcy ……………………………/ nie powierzy wykonania części zamówienia podwykonawcom. (niewłaściwe wykreślić).
2. Za działania lub zaniechania podmiotów, którym Wykonawca powierzył wykonanie części zamówienia, Wykonawca odpowiada jak za własne.
3. W trakcie realizacji umowy Wykonawca może dokonać zmiany podwykonawcy, zrezygnować z podwykonawcy bądź wprowadzić podwykonawcę w zakresie nie przewidzianym w ofercie.

**§ 14**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/PODWYKONAWCY**

1. Wykonawca oświadcza, iż jest podmiotem prowadzącym działalność w zakresie zaciągniętych w niniejszej umowie zobowiązań, jest profesjonalistą oraz posiada możliwości techniczne oraz odpowiednie zasoby ludzkie do wykonania niniejszej umowy.

2. Wykonawca wskazuje, iż zarówno on lub inne podmioty z nim współpracujące przy wykonywaniu postanowień niniejszej umowy posiadają wymagane przez właściwe przepisy prawa koncesje, zgody, pozwolenia, decyzje, certyfikaty, uprawnienia i inne podobne potwierdzające lub warunkujące prawo Wykonawcy lub innych podmiotów z nim współpracujących do realizacji zaciągniętych w niniejszej umowie zobowiązań, lub których brak może wpłynąć na to prawo, a osoby wykonujące czynności w ramach realizacji zobowiązań Wykonawcy wynikających z niniejszej umowy legitymują się stosownymi uprawnieniami do ich wykonywania.

3. Wykonawca zobowiązany jest do natychmiastowego poinformowania Zamawiającego o utracie prawa do prowadzenia działalności w zakresie zaciągniętych w niniejszej umowie zobowiązań, likwidacji lub wszczętym postępowaniu upadłościowym bądź restrukturyzacyjnym w stosunku do Wykonawcy, lub podmiotów z nim współpracujących w wykonywaniu zaciągniętych w niniejszej umowie zobowiązań, a także utracie, cofnięciu lub wygaśnięciu koncesji, zgód, pozwoleń, decyzji, certyfikatów i innych podobnych, a także innych zdarzeniach wpływających lub mogących mieć wpływ na prawo Wykonawcy lub podmiotów z nim współpracujących do realizacji zaciągniętych w niniejszej umowie zobowiązań.

4. Wykonawca oraz jego personel skierowany do realizacji zamówienia oświadcza, że zna przepisy oraz zasady bezpieczeństwa i higieny pracy obowiązujące przy wykonywaniu czynności będących przedmiotem niniejszej umowy i oświadcza, że będzie ich przestrzegał.

**§15**

**ZMIANA UMOWY, KLAUZULE WALORYZACYJNE**

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Dopuszcza się możliwość zmiany umowy w następujących przypadkach:
3. zmiana osób funkcyjnych – z przyczyn niezależnych od Zamawiającego i Wykonawcy
4. zmiana sposobu reprezentacji – z przyczyn niezależnych od Zamawiającego i Wykonawcy
5. zmiana adresu siedziby jednej ze stron – z przyczyn zewnętrznych
6. zmiana terminu realizacji zamówienia – na podstawie obiektywnych przesłanek zaakceptowanych przez Zamawiającego
7. zmiana kadry – na zasadach określonych w SWZ na podstawie obiektywnych przesłanek zaakceptowanych przez zamawiającego, na inne osoby spełniające wymagania określone w SWZ,
8. zmiana osoby/osób niepełnosprawnych zatrudnionych na umowę o pracę za którą wykonawca otrzymał dodatkowe punkty przy ocenie ofert w kryterium „Aspekty społeczne”, na zasadach określonych w SWZ,
9. zmiana sposobu rozliczenia,
10. zmiana lub wycofanie podwykonawcy – w uzasadnionych przypadkach, za pisemną zgodą Zamawiającego,

i inne zmiany, zgodnie z art. 454 i 455 ustawy Pzp.

1. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy na podstawie art. 439 Ustawy Prawo zamówień publicznych tylko i wyłącznie w przypadku:
2. ustawowej **zmiany obowiązującej stawki podatku od towarów i usług VAT**. W takim przypadku wartość wynagrodzenia netto nie ulegnie zmianie, jedynie wartość wynagrodzenia brutto zostanie wyliczona na podstawie nowych przepisów. Zmiana wynagrodzenia odnosić się będzie do części przedmiotu umowy niezrealizowanej, po dniu wejścia w życie przepisów zmieniających lub wprowadzających stawkę podatku od towarów i usług VAT lub wprowadzenia nowego podatku. W przypadku zaistnienia opisanej sytuacji po wejściu w życie przepisów będących przyczyną waloryzacji, wykonawca zwróci się do Zamawiającego w formie pisemnej o dokonanie odpowiedniej zmiany wynagrodzenia – wskaże kwotę, o którą wynagrodzenie Wykonawcy ma ulec zmianie wraz z uzasadnieniem zawierającym szczegółowe wyliczenie całkowitej kwoty o jaką wynagrodzenie Wykonawcy powinno ulec zmianie oraz wskazanie daty od której nastąpiła bądź nastąpi zmiana wysokości kosztów wykonania Umowy uzasadniająca zmianę wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy.
3. zmiany wysokości minimalnej **stawki godzinowej** ustalonej na podstawie art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r, o minimalnym wynagrodzeniu o pracę (tj. Dz. U z 2020 r, poz. 2207). Wynagrodzenie może ulec zmianie odpowiednio do zmiany wysokości kosztów pracy ponoszonych przez Wykonawcę w związku z realizacją przedmiotowego zamówienia, o ile zmiana kosztów pracy wynika ze zmiany prawa dot. wysokości minimalnej stawki godzinowej i ma wpływ na koszt wykonywania zamówienia przez wykonawcę.
4. zmiany przepisów prawa dot. **zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym** lub **ubezpieczeniu zdrowotnemu** lub **wysokości składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne** i ma wpływ na koszt wykonywania zamówienia przez wykonawcę.
5. Początkowy termin ustalenia zmiany wynagrodzenia tj. dzień, w którym zmiana wynagrodzenia może wejść w życie następuje z chwilą obowiązywania zmiany przepisów ww.
6. Nie przewiduje się innych okresów, w których może nastąpić zmiana wynagrodzenia Wykonawcy.
7. Zmiana ta zostanie wprowadzona aneksem od 1-go dnia następnego miesiąca po miesiącu, w którym wykonawca złożył pisemny wniosek do zamawiającego o zmianę umowy w zakresie wynagrodzenia.
8. Wprowadzenie przedmiotowych zmian wynagrodzenia możliwe będzie jeżeli wykonawca:
9. Udowodni, że ww. przepisy będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez wykonawcę,
10. Wykaże, jaką część wynagrodzenia stanowią koszty pracy ponoszone przez wykonawcę w trakcie realizacji zamówienia oraz jak zmiana przepisów wpłynie na wysokość tych kosztów
11. Strona wnioskująca o zmianę wskazaną w pkt. 4 ppkt b, c musi wykazać środkami dowodowymi, że zmiany, o których tam mowa mają bezpośredni wpływ na wysokość wynagrodzenia Wykonawcy tzn. wykazać, że zmiany te wymuszają podwyższenie kosztów wykonania zamówienia.
12. Warunkiem dokonania zmiany wynagrodzenia wykonawcy jest złożenie przez wykonawcę zamawiającemu wniosku o zmianę wynagrodzenia wraz z dokumentami potwierdzającymi zasadność złożenia takiego wniosku.
13. Ciężar dowodu o którym mowa w pkt. 7 spoczywa na wykonawcy.
14. **Maksymalna wartość poszczególnej** zmiany wynagrodzenia, jaką dopuszcza Zamawiający w efekcie zastosowania postanowień o zasadach wprowadzenia zmian wysokości wynagrodzenia , o której mowa w pkt. 3 b to 10 % wynagrodzenia brutto za zakres przedmiotu umowy niezrealizowany jeszcze przez wykonawcę i nieodebrany przez zamawiającego przed dniem złożenia wniosku, a **łączna maksymalna wartość** wszystkich zmian wysokości wynagrodzenia, jaką dopuszcza zamawiający w efekcie zastosowania postanowień o zasadach wprowadzenia zmian wysokości wynagrodzenia to 10 % wynagrodzenia brutto, o którym mowa w § 4 ust. 3
15. Wykonawca zobowiązany jest w terminie wskazanym przez Zamawiającego przedłożyć Zamawiającemu na piśmie szczegółową analizę porównawczą kosztów (przed i po nowelizacji) stanowiącą wykaz poniesionych wydatków w związku ze zmianą ww. przepisów z powołaniem się na stosowne przepisy, z których wynikają ww. zmiany a także przedłożyć konieczne dokumenty.
16. Postanowień umownych w zakresie waloryzacji nie stosuje się od chwili osiągnięcia limitu, o którym mowa w pkt. 11.

**§ 16**

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Strony zobowiązują się do polubownego rozstrzygnięcia ewentualnych sporów wynikających z niniejszej umowy. W przypadku nieosiągnięcia porozumienia spory dotyczące realizacji niniejszej umowy rozstrzygać będzie Sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.
3. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Zamawiającego i jeden dla Wykonawcy.

**za Wykonawcę**  **za Zamawiającego**

....................................... .....................................

**KONTRASYGNATA**

………………………………

**Załącznik do umowy nr …………………**

**Umowa powierzenia przetwarzania danych**

zawarta w dniu ……………….. r. pomiędzy:

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrzu ul. 3 Maja 16, 41-800 Zabrze

zwanym dalej *Zleceniodawcą* lub *Administratorem*

a

……………..……………………….

NIP: ………………. REGON: ……………….

reprezentowaną przez: ………………………………

zwanymi dalej *Zleceniobiorcą* lub *Podmiotem przetwarzającym*

zwanymi każdą z osobna w dalszej części Umowy *Stroną*, a łącznie *Stronami*

Zważywszy, że:

* *Zleceniobiorca* będzie wykonywał odpłatne świadczenie na rzecz *Zleceniodawcy* zlecenia z zakresu **świadczenie usługi realizowanej w ramach programu „Opieka wytchnieniowa II” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego** zgodnie z umową nr **……………………** z dnia ……………………... (zwanej dalej w treści *Umową główną*);
* *Zleceniobiorca* w ramach zlecenia będzie miał dostęp do danych osobowych klientów ośrodka powierzonych przez *Administratora*,

Strony niniejszym postanawiają zawrzeć Umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych (zwaną dalej w treści *Umową)*, o następującej treści:

**§ 1**

**Definicje**

* 1. **Administrator** – administrator w rozumieniu art. 4 pkt 7) RODO.
	2. **Dane osobowe** – dane osobowe w rozumieniu art. 4 pkt 1) RODO.
	3. **Dane osobowe Zleceniodawcy** – Dane osobowe określone w § 2 ust. 2 Umowy.
	4. **Organ nadzorczy** –organ nadzorczy w rozumieniu art. 4 pkt 21) RODO.
	5. **Podmiot przetwarzający** – podmiot przetwarzający w rozumieniu art. 4 pkt 8) RODO.
	6. **Przetwarzanie** – przetwarzanie danych osobowych w rozumieniu art. 4 pkt 2) RODO.
	7. **RODO** – Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
	i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).
	8. **Umowa** – niniejsza umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych.
	9. **Usługi** – usługi wymienione w § 3 ust. 3 wykonywane przez *Zleceniobiorcę* na podstawie Umowy głównej związane z Przetwarzaniem przez *Zleceniobiorcę* Danych osobowych *Zleceniodawcy*.

**§ 2**

**Oświadczenia Stron**

1. *Administrator* powierza *Zleceniobiorcy* do przetwarzania Dane osobowe, które zgromadził zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i przetwarza w zbiorze danych.
2. *Zleceniobiorca* oświadcza, że dysponuje środkami umożliwiającymi prawidłowe przetwarzanie Danych osobowych powierzonych przez *Administratora*, w zakresie i celu określonym Umową.
3. *Zleceniobiorca* oświadcza również, że osobom zatrudnionym przy przetwarzaniu powierzonych Danych osobowych nadane zostały upoważnienia do Przetwarzania danych osobowych oraz że osoby te zostały zapoznane z przepisami o ochronie danych osobowych oraz z odpowiedzialnością za ich nieprzestrzeganie, zobowiązały się do ich przestrzegania oraz do bezterminowego zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych i sposobów ich zabezpieczenia.

**§ 3**

**Cel, zakres, miejsce przetwarzania powierzonych danych osobowych**

1. *Administrator* powierza *Zleceniobiorcy* przetwarzanie Danych osobowych klientów ośrodka jedynie w celu prawidłowego wykonywania zlecenia z zakresuświadczenia usługi realizowanej w ramach programu „Opieka wytchnieniowa II” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowegozgodnie z Umową główną.
2. *Administrator* powierza *Zleceniobiorc*y Przetwarzanie następujących Danych osobowych jeśli tego wymaga realizacja usługi objętej umową:
3. rodzaj Danych osobowych objętych Umową:

a) nazwiska i imiona

b) adres zamieszkania lub pobytu

c) PESEL

d) adres email

e) sytuacja społeczna i rodzinna

f) stan zdrowia

1. kategorie osób, których Dane osobowe dotyczą: klienci ośrodka.
2. *Zleceniobiorca* zobowiązuje się do Przetwarzania powierzonych danych osobowych wyłącznie w celach związanych z realizacją Umowy i wyłącznie w zakresie, jaki jest niezbędny do realizacji tych celów.
3. Na wniosek *Administratora* lub osoby, której dane dotyczą, *Zleceniobiorca* wskaże miejsca, w których Przetwarza powierzone dane.

**§ 4**

**Zasady przetwarzania danych osobowych**

1. Strony zobowiązują się wykonywać zobowiązania wynikające z niniejszej Umowy z najwyższą starannością zawodową w celu zabezpieczenia prawnego, organizacyjnego i technicznego interesów Stron w zakresie Przetwarzania powierzonych Danych osobowych.
2. *Zleceniobiorca* zobowiązuje się zastosować środki techniczne i organizacyjne mające na celu należyte, odpowiednie do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, zabezpieczenie powierzonych do Przetwarzania danych osobowych, w szczególności zabezpieczyć je przed udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabraniem przez osobę nieuprawnioną, Przetwarzaniem z naruszeniem przepisów prawa oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.
3. *Zleceniobiorca* oświadcza, że zastosowane do Przetwarzania powierzonych danych systemy informatyczne spełniają wymogi aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
4. *Zleceniobiorca* Przetwarza dane osobowe wyłącznie na udokumentowane polecenie *Administratora.* *Zleceniobiorca* poinformuje *Administratora*, jeżeli polecenie *Administratora* jest, zdaniem *Zleceniobiorcy*, niezgodne z RODO lub innymi przepisami o ochronie danych osobowych.
5. *Podmiot przetwarzający*, biorąc pod uwagę charakter Przetwarzania, w miarę możliwości pomaga *Administratorowi*, poprzez odpowiednie środki techniczne i organizacyjne wywiązać się
z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą, w zakresie wykonywania
jej praw.
6. *Podmiot przetwarzający*, uwzględniając charakter Przetwarzania oraz dostępne mu informacje, pomaga *Administratorowi* wywiązać się z obowiązków określonych w art. 32–36 RODO.
7. *Podmiot przetwarzający* po zakończeniu świadczenia usług związanych z Przetwarzaniem zależnie od decyzji *Administratora* usuwa lub zwraca mu wszelkie Dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że szczególne przepisy prawa nakazują przechowywanie Danych osobowych. Postanowienia niniejszego ustępu pozostają w mocy po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy.
8. *Podmiot przetwarzający* udostępnia *Administratorowi* wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków określonych w niniejszej umowie oraz umożliwia *Administratorowi* lub audytorowi upoważnionemu przez *Administratora* przeprowadzanie audytów, w tym inspekcji i przyczynia się do nich.

**§ 5**

**Uprawnienia Zleceniodawcy**

1. W okresie obowiązywania Umowy głównej *Zleceniodawca* jest uprawniony do składania zapytań do *Zleceniobiorcy* o udzielenie informacji dotyczących sposobu wykonywania Umowy
przez Przetwarzającego dane. Realizacja zapytań *Zleceniodawcy* może polegać na odpowiedzi
na pojedyncze pytania, na przygotowaniu ustalonych przez Strony raportów lub analiz lub innej ustalonej przez Strony formie odpowiedzi i jest wykonywana w ramach wynagrodzenia
za świadczenie Usług, o którym mowa w Umowie głównej.
2. *Zleceniodawca* jest upoważniony do przeprowadzenia audytu w celu weryfikacji przestrzegania Umowy przez *Zleceniobiorcę*, bezpośrednio lub za pośrednictwem upoważnionego audytora, z zastrzeżeniem poniższych warunków:
	1. audyt może obejmować wysyłanie zapytań, analizę dokumentów, rozmowy z pracownikami/ współpracownikami *Zleceniobiorcy* oraz wizytację lokali *Zleceniobiorcy,* o ile mają bezpośredni związek w wykonywaniem Umowy;
	2. audyt nie może obejmować informacji lub dokumentów dotyczących innych klientów *Zleceniobiorcy*, ani ich Danych osobowych;
	3. *Zleceniobiorca* może uzależnić udział audytora lub wyznaczonego pracownika *Zleceniodawcy* w audycie od uprzedniego zawarcia odpowiedniej umowy poufności ze *Zleceniobiorcą*;
	4. audyt nie powinien być przeprowadzany częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym
	i nie powinien trwać dłużej niż 2 dni, chyba iż zajdą szczególne okoliczności wykazane
	przez *Zleceniodawcę*, uzasadniające przeprowadzenie audytu częściej lub w szerszym zakresie;
	5. termin audytu powinien być uzgodniony przez Strony, przy czym *Zleceniodawca* powinien zgłosić zamiar przeprowadzenia audytu co najmniej na 14 dni przed jego proponowanym terminem;
	6. *Zleceniobiorca* zobowiązany jest do aktywnego udziału w audycie i odpowiedniej współpracy ze *Zleceniodawcą* i audytorem;
	7. każda ze Stron pokrywa własne koszty związane z przeprowadzeniem audytu, przy czym *Zleceniodawca* pokrywa każdorazowo wszystkie koszty audytora.
3. *Zleceniodawca* może w każdym czasie wnioskować o wdrożenie nowych lub zmianę stosowanych przez *Zleceniobiorcę* środków technicznych i organizacyjnych, o których mowa w § 4 ust. 2.
W przypadku takiego żądania *Zleceniodawcy*, o ile jest to zasadne i możliwe do zrealizowania
bez zmiany organizacji lub naruszenia ciągłości działania *Zleceniobiorcy, Zleceniobiorca* przedłoży *Zleceniodawcy* ofertę i Strony ustalą w drodze negocjacji warunki zmiany lub wdrożenia nowych środków technicznych i organizacyjnych.
4. *Zleceniodawca* powinien korzystać z uprawnień określonych w niniejszej Umowie w taki sposób by nie zakłócić wykonywania Umowy głównej oraz prowadzenia bieżącej działalności
przez *Zleceniobiorcę.*

**§6**

**Podwykonawcy Zleceniobiorcy**

1. *Zleceniodawca* wyraża zgodę na dalsze powierzenie Przetwarzania Danych osobowych *Zleceniodawcy*, w ramach usług zlecanych przez *Zleceniobiorcę* innym podwykonawcom,
po uprzednim powiadomieniu *Zleceniodawcy* o takim podwykonawcy z co najmniej 14-dniowym wyprzedzeniem i pod warunkiem, że *Zleceniodawca* nie zgłosi sprzeciwu wobec takiego podwykonawcy w terminie 7 dni od powiadomienia przez *Podmiot przetwarzający*.
2. *Podmiot przetwarzający* zobowiązuje się współpracować z takimi podwykonawcami, którzy zapewniają wdrożenie takich środków technicznych i organizacyjnych, aby Przetwarzanie odpowiadało wymogom RODO.
3. *Podmiot przetwarzający* zobowiązuje się zawrzeć z każdym podwykonawcą, który będzie przetwarzał Dane osobowe *Zleceniodawcy* stosowną umowę, nakładającą na podwykonawcę odpowiednie obowiązki ochrony Danych osobowych.
4. Jeżeli podwykonawca *Zleceniobiorcy* nie wywiąże się ze spoczywających na nim obowiązków ochrony Danych osobowych *Zleceniodawcy,* *Zleceniobiorca* ponosi wobec *Zleceniodawcy* odpowiedzialność za niewypełnienie obowiązków przez podwykonawcę tak jak za własne działania i zaniechania.

**§ 7**

**Odpowiedzialność Stron**

1. *Administrator* ponosi odpowiedzialność za przestrzeganie przepisów prawa w zakresie przetwarzania i ochrony danych osobowych według RODO.
2. Powyższe nie wyłącza odpowiedzialności *Zleceniobiorcy* za Przetwarzanie powierzonych danych niezgodnie z Umową.
3. *Podmiot przetwarzający* odpowiada za szkody spowodowane Przetwarzaniem, jeśli nie dopełnił obowiązków, które nakłada na niego niniejsza Umowa, lub gdy działał poza zgodnymi z prawem instrukcjami *Administratora* lub wbrew tym instrukcjom.
4. Obie Strony będą współpracować i zapewnią drugiej Stronie wsparcie na wypadek podjęcia
przez Organ nadzorczy jakichkolwiek działań lub wszczęcia postępowania w odniesieniu
do jakichkolwiek czynności wykonywanych w ramach niniejszej Umowy, w tym niezwłocznie powiadomią drugą Stronę o ryzyku podjęcia oraz podjęciu takich działań.
5. Strony podejmą wszelkie racjonalne działania niezbędne do ograniczenia potencjalnych szkód poniesionych przez którąkolwiek ze Stron w wyniku takiego zdarzenia.
6. Postanowienia § 7 pozostają w mocy po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy.

**§ 8**

**Postanowienia końcowe**

1. Niniejsza Umowa wchodzi w życie ze skutkiem od dnia 25 maja 2018 r. i w sposób całkowity reguluje warunki Przetwarzania Danych osobowych *Zleceniodawcy* przez *Zleceniobiorcę*w związku z wykonywaniem Usług. Z dniem wskazanym w zdaniu poprzedzającym uchylone zostają ewentualne postanowienia Umowy głównej regulujące zasady przetwarzania danych osobowych przez *Podmiot przetwarzający* lub inne umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych zawarte przez Strony w związku z Umową główną. Umowa powierzenia zostaje zawarta na okres wykonywania Umowy głównej.
2. Rozwiązanie lub wygaśniecie Umowy głównej skutkuje odpowiednio rozwiązaniem
lub wygaśnięciem Umowy bez potrzeby składania dodatkowych oświadczeń. Rozwiązanie Umowy przed upływem okresu na jaki została zawarta Umowa główna bez jednoczesnego rozwiązania Umowy głównej jest wyłączone.
3. Przeniesienie praw i obowiązków wynikających z niniejszej Umowy jest dopuszczalne wyłącznie
w przypadku, gdy następuje przeniesienie praw i obowiązków wynikających z Umowy głównej.
4. Strony uzgadniają, że Przetwarzanie danych osobowych będzie wykonywane wyłącznie
na terytorium Unii Europejskiej. Przekazanie przez *Zleceniobiorcę* Danych osobowych *Zleceniodawcy* do państwa trzeciego wymaga uprzedniej zgody Klienta w formie pisemnej lub dokumentowej, chyba że obowiązek taki nakłada na niego prawo Unii Europejskiej lub prawo państwa członkowskiego, któremu podlega *Zleceniobiorca.* W takim przypadku przed rozpoczęciem Przetwarzania *Zleceniobiorca* informuje Klienta o tym obowiązku prawnym, o ile prawo to nie zabrania udzielania takiej informacji z uwagi na ważny interes publiczny.
5. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy powinny być dokonane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
6. W zakresie nieuregulowanym niniejszą Umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego.
7. W przypadku gdy niniejsza Umowa odwołuje się do przepisów prawa, oznacza to również inne przepisy dotyczące ochrony danych osobowych, a także wszelkie nowelizacje, jakie wejdą w życie po dniu zawarcia Umowy, jak również akty prawne, które zastąpią wskazane ustawy
i rozporządzenia.
8. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach – 2 egzemplarze dla *Zleceniodawcy*, 1 egzemplarz dla *Zleceniobiorcy.*

……………………………….. …………………………..

Zleceniobiorca Zleceniodawca

Załącznik nr 7 do SWZ OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

 Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług opieki wytchnieniowej na rzecz członków rodzin lub opiekunów, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami dorosłymi posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, będącymi mieszkańcami Zabrza.

# I. UCZESTNICY:

Planowana liczba osób, którym zostaną przyznane usługi opieki wytchnieniowej - 2 w tym:

Planowana liczba dzieci do ukończenia 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności: 1

Planowana liczba osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych: 1

Wszyscy uczestnicy Programu są mieszkańcami miasta Zabrze.

# II. ZAKRES PRZEDMIOTOWY I FORMA REALIZACJI

# Usługi opieki wytchnieniowej mają umożliwiać członkom rodziny lub opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę:

- nad dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności

lub

- osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:

a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo

b) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem wymienionym

uzyskanie doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej, tj. odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie. Dzięki temu wsparciu, osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki nad osobą z niepełnosprawnością dysponować będą czasem, który mogą przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

1. W przypadku, gdy usługi będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16 roku życia wymagana będzie pisemna akceptacja osoby świadczącej usługi ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.
2. Usługi opieki wytchnieniowej są świadczone w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.
3. Usługi opieki wytchnieniowej, o których mowa w ust. 1 mogą być świadczone, przez osoby niebędące członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością, które:

a) posiadają dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta

lub

b) posiadają co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, lub

c) zostaną wskazane przez uczestnika Programu

1. Limit godzin usług opieki wytchnieniowej przypadających na jedną osobę z niepełnosprawnością, wynosi nie więcej niż **167 godzin** dla usługi opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego.
2. Maksymalna długość nieprzerwanego świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednej osoby z niepełnosprawnością, z zastrzeżeniem limitów, o których mowa w ust. 7. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego mogą być świadczone w godzinach 6.00-22.00.

Do czasu realizacji usługi nie wlicza się czasu dojazdu do i od uczestnika.

1. W ramach usługi opieki wytchnieniowej zapewniane jest okresowe wsparcie w zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w zastępstwie członków rodziny lub opiekunów sprawujących na co dzień bezpośrednią opiekę.
2. Koszty związane bezpośrednio z realizacją usług opieki wytchnieniowej finansowane z Programu w ramach pobytu dziennego, nie mogą przekroczyć **50 zł brutto** za godzinę realizacji usług opieki wytchnieniowej.

Przez kwotę brutto rozumie się kwotę wynagrodzenia wraz z kosztami pracodawcy. Nie jest dopuszczalne pokrywanie z tych kwot kosztów administracyjnych Wykonawcy usług.

1. Koszt świadczenia usług opieki wytchnieniowej może dotyczyć kosztów związanych z ich świadczeniem, tj. wynagrodzenie osób świadczących usługi opieki wytchnieniowej;
2. Osoba świadcząca opiekę wytchnieniową zobowiązana będzie do prowadzenia kart realizacji usług opieki wytchnieniowej oraz ewidencji czasu pracy.
3. Realizacja usługi nastąpi od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2024 r.

**III PŁATNOŚĆ**

* + - 1. Zamawiający będzie przekazywał wykonawcy pisemne zgłoszenie na realizację usług na podstawie kopii karty zgłoszenia uczestnika wraz kopią zakresu czynności których wymaga w ramach usługi.
			2. Zamawiający zapłaci za osoby zgłoszone na podstawie kopii zlecenia.
			3. Zamawiający zapłaci za godziny usług faktycznie zrealizowanych.
			4. Zamawiający dopuszcza płatność częściową za realizowaną usługę.
			5. Podstawą zapłaty za usługę będą prawidłowo wystawione faktury wraz z prawidłowo przygotowanymi dokumentami będącymi podstawą płatności faktur

6. Wykonawca obowiązany jest wystawić i dostarczyć do siedziby zamawiającego do 5-go dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni fakturę za wykonaną usługę opieki wytchnieniowej,

7. Fakturę za wykonaną usługę opieki wytchnieniowej wraz z kartami realizacji usługi opieki wytchnieniowej każdej z osób świadczącej usługę opieki wytchnieniowej należy za miesiąc grudzień wystawić do dnia 17.12.2024 r.

8. Warunkiem przyjęcia faktury jest należyte wykonanie przedmiotu umowy i dostarczenie Zamawiającemu prawidłowo wypełnionymi dokumentami stanowiącymi podstawę płatności faktury.

9. Dokumentem niezbędny do weryfikacji faktury są: karta realizacji usługi opieki wytchnieniowej każdej z osób świadczącej przedmiotową usługę.

10. Zamawiający wykona płatność za fakturę w terminie do 21 dni od dnia jej otrzymania, po jej pozytywnym zweryfikowaniu

# **IV. UBEZPIECZENIE:**

Wykonawca zapewnienia ubezpieczenie OC dla każdej osoby świadczącej usługę opieki wytchnieniowej.

# **V. KADRA:**

Zamawiający wymaga zapewnienia następującej kadry:

1. KOORDYNATOR – min. 1 osoba zatrudniona na podst. umowy o pracę. Koordynator będzie odpowiedzialny za wykonywanie czynności administracyjnych i organizacyjnych związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem usługi, w tym m.in. pozostawanie
w stałym kontakcie z Zamawiającym w związku z realizacją umowy, wystawianie faktur, prowadzenie wszelkiej niezbędnej dokumentacji związanej z realizacją umowy, itp.
2. Osoby realizujące usługę opieki wytchnieniowej– min. 2 osoby

Zamawiający dopuszcza w trakcie realizacji umowy zatrudnienie w ramach jednego etatu osoby, która będzie pełniła jednocześnie rolę koordynatora i realizowała usługę opieki wytchnieniowej.

1. Osoba realizująca opiekę wytchnieniową nie może być karana ani figurować w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, o których mowa w ustawie z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 862 z późn. zm.);
2. Osoby skierowane do realizacji usług opieki wytchnieniowej muszą dysponować dokumentami potwierdzającymi posiadanie wymaganych kwalifikacji zawodowych i doświadczenie.

3. Usługi opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem.
Na potrzeby realizacji Programu za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia
z uczestnikiem.

WZÓR Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu

**„Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.**

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

**Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

**Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną – adres email: iodo@mrips.gov.pl lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

**Kategorie danych osobowych**

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 oraz osoby obsługującej Program ze strony realizatora Programu: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 oraz osoby z niepełnosprawnością: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

**Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647 z późn. zm.).

**Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024, a także innym podmiotom lub organom upoważnionym do pozyskania Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. podmiotom kontrolującym Ministra).Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.**Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikających z realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji.**Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia po upływie okresu, o którym mowa powyżej. Realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych osobowych, a także m.in. z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego i zasadami archiwizacji.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie**

W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania.**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.

**Źródło pochodzenia danych**

Pani/Pana dane zostały przekazane przez jednostkę samorządu terytorialnego lub podmiot uprawniony do prowadzenia działalności pożytku publicznego, która/który przekazał/a nam je w związku z Pani/Pana udziałem w Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024.

**Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:**

Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z wykonywaniem zadań Ministra w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024.

**Załącznik nr 2**

*WZÓR*

**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu**

**„Opieka wytchnieniowa II” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

Karta realizacji usługi nr: ....................................................................................................................

1. **Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….....................................................................................................................

1. **Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członkowi rodziny/opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej**:

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……

1. **Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej
3. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ………………………………………………..…………………………………………….
4. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej: ……………………………………………………………………

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi w okresie od ………………….…… do ……….……………….………..

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data usługi | Liczba godzin zrealizowanych | Godziny realizacji usługi (od – do) | Rodzaj realizacji usługi\* | Czytelny podpis osoby sprawującej opiekę wytchnieniową | Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usługi opieki wytchnieniowej II w miesiącu …….………………………………………. 2024 r. wyniosła ……………..…………… godzin.

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego

………………………………………………………………………………………..

*Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu*

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego

………………………………..............................................................

*Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

 **Załącznik nr 3**

WZÓR

**Karta zgłoszenia do Programu** **„Opieka wytchnieniowa II” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………..………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….…………………………………………………………………………………………

1. **Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej**:

Imię i nazwisko: …………………………………………..…………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………..……………………………………………………………………………………………………….

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa)[ ] ;
2. dysfunkcja narządu wzroku[ ] ;
3. zaburzenia psychiczne[ ] ;
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym[ ] ;
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu[ ] ;
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne[ ] .

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak**[ ] **/Nie**[ ] ;
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak**[ ] **/Nie**[ ] ;
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak**[ ] **/Nie**[ ] ;
4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak**[ ] **/Nie**[ ] .

Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun prawny/członek rodziny/opiekun osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

[ ]  dzienna, miejsce wraz z adresem

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………\*

[ ]  w godzinach …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

[ ]  w dniach …………………….………………………………………………………………………………………………………………………………

**III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego**

Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią zgodą gminy/powiatu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub realizatora Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, usług opieki wytchnieniowej?

**Tak** [ ]  **/ Nie** [ ]

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby: ………………………………………………………………………………………….…………..………

**IV. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.)/ jest dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności\*\*.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez gminę/powiat, która/który realizuje Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
5. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.
6. Oświadczam, że aktualnie uczestniczę/nie uczestniczę\*\*\* bądź uczestniczyłem/ nie uczestniczyłem\*\*\* w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 lub innym programie resortowym Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024. W ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 i/lub innego programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w 2024 r. w zakresie usług opieki wytchnieniowej, w tym w Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 przyznano mi ……......................... *(wpisać liczbę godzin/dni)* godzin/dni opieki wytchnieniowej.
7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchniniowej.

Miejscowość ………………………………., data ……………………………

..……………………………………………………………………………………..

*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

………………………………………………………..

*Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie*

\* Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

1. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego:
2. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
3. ośrodek wsparcia,
4. dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
5. dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2023, poz. 901 z późn. zm.),
6. w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-d, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
7. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240);
8. świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego:
9. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
10. mieszkanie treningowe lub wspomagane (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 16. roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności),
11. ośrodek wsparcia,
12. rodzinny domu pomocy,
13. dom pomocy społecznej świadczący usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,
14. dom pomocy społecznej prowadzony przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2-4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
15. w placówka zapewniająca całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
16. w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa w lit. b-g, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
17. za uprzednią zgodą gminy/powiatu, inne miejsce wskazane przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniające kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240).

\*\* do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.

\*\*\* odpowiednie skreślić.

1. Każdy z Wykonawców, którzy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia jest zobowiązany złożyć oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu i braku podstaw do wykluczenia, jeżeli są wymagane w SWZ. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-2)
3. Każdy z tych podmiotów jest zobowiązany złożyć oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia i potwierdzić spełnianie warunku, w zakresie potencjału, na którym polega Wykonawca. [↑](#footnote-ref-3)
4. \****Jeśli Wykonawca dysponuje osobą w dniu składania ofert wówczas odpowiednio wpisuje podstawę dysponowania np. umowa o pracę, umowa zlecenie, o dzieło itp.,***

***\*\* niewłaściwe wykreślić*** [↑](#footnote-ref-4)